

告示番号		28		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2							
病名		47 ファンコーニ (Fanconi) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日		年		月						日					
ふりがな						(変更があった場合)													
氏名						ふりがな													
(Alphabet)						(Alphabet)													
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		()		都道府県		() 市区町村	
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI					
				年						月		日		肥満度		%			
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日					
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()																	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)													
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性				なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg																	
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]																	
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]																	
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																	
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]																	
	その他	症状 (その他)：()																	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																			
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg																	
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]																	
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]																	
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																	
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]																	
	その他	症状 (その他)：()																	
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：() 個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]																	
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr・未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL・未実施																	
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・未実施																	
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()																	
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()																	

受給者番号（		）		患者氏名（		）																						
告示番号	28	慢性腎疾患（					）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2																	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（	年	月	日	）												
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（											）																
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																												
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]															赤血球数：（	）	個／視野	蛋白尿：[なし ・ あり]									
	尿中蛋白量：（															）	mg/dL	尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（	）	尿中β ₂ ミクログロブリン：（	）	μg/L ・ 未実施						
	尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・ 未実施															尿pH：（	）	アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]										
	尿糖：[なし ・ あり]																											
血液検査	血清総蛋白：（															）	g/dL	血清アルブミン：（	）	g/dL	BUN：（	）	mg/dL					
	血清クレアチニン：（															）	mg/dL	血清シスタチンC：（	）	mg/L ・ 未実施	血清尿酸：（	）	mg/dL					
	血清Na：（															）	mEq/L	血清K：（	）	mEq/L	血清Cl：（	）	mEq/L					
	血清Ca：（															）	mg/dL	血清P：（	）	mg/dL	血清Mg：（	）	mg/dL					
	血漿レニン活性（PRA）：（															）	ng/mL/hr ・ 未実施	血漿アルドステロン：（	）	pg/mL ・ 未実施								
血液ガス分析	pH：（															）	・ 未実施	HCO ₃ ⁻ ：（	）	・ 未実施	BE：（	）	・ 未実施					
	anion gap：（															）	・ 未実施											
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施]															実施日：（	年	月	日	）								
	腎石灰化：[なし ・ あり]																											
	所見（その他）：（															）												
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施]															実施日：（	年	月	日	）								
	腎石灰化：[なし ・ あり]																											
	所見（その他）：（															）												
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]															実施日：（	年	月	日	）								
	所見：（															）												
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（															）												
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載																												
合併症	合併症：[なし ・ あり]															詳細：（					）							
	基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり]															詳細：（					）							
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]															詳細：（					）							
既往歴	胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]																											
経過（申請時） ※直近の状況を記載																												
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり]															薬物療法：[なし ・ あり]					使用薬剤名：（	）						
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]															導入年月：（	年	月	）	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]	導入年月：（	年	月	）				
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施]															実施日：（	年	月	日	）	先行的腎移植：[なし ・ あり]	生体腎移植：[なし ・ あり]						
治療	治療（その他）：（															）												
今後の治療方針	今後の治療方針：（															）												
	治療見込み期間（入院）															開始日：（	年	月	日	）	終了日：（	年	月	日	）			
	治療見込み期間（外来）															開始日：（	年	月	日	）	終了日：（	年	月	日	）	通院頻度（	）	回／月
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E]															成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]												
医療機関・医師署名																												
上記の通り診断します。																												
医療機関名	記載年月日															年	月	日										
医療機関住所	診療科																											
	医師名															(印)												
	小児慢性特定疾病 指定医番号（															）												